



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CASO DE EVE

1. DATOS NOTIFICACIÓN

Fecha de notificación a SEREMI: ___-___-___ Persona que Notifica: _____
Establecimiento de Notificación: _____ Servicio de Salud: _____

2. DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
Nombres: _____ RUT O Pasaporte: _____
Fecha de Nacimiento: ___-___-___ Edad /años: _____ Edad /meses (< 1 año): _____
Sexo: Hombre Mujer Ocupación/Profesión: _____
País de residencia (últimos 30 días): _____ Nacionalidad: _____
Domicilio residencia en el país:
_____/_____/_____
Calle Nº Departamento, Población, Villa, otro
Comuna: _____ Región _____
Teléfono (fijo y celular) de contactos : _____

3. EVALUACIÓN DE CASO EN INVESTIGACIÓN

a) Antecedentes epidemiológicos

¿Ha estado en algunos de estos países en los últimos 21 días previo al inicio de síntomas?

País	Fecha entrada	Fecha salida	Observación
<input type="checkbox"/> Guinea			
<input type="checkbox"/> R. Congo			
<input type="checkbox"/> Liberia			
<input type="checkbox"/> Nigeria			
<input type="checkbox"/> Senegal			
<input type="checkbox"/> Sierra Leona			
<input type="checkbox"/> Otro			Cuál? _____

¿Ha tenido contacto con algún paciente EVE? Sí No

¿Donde?: _____ Cuándo?: ___-___-___,

b) Datos clínicos

Fecha de 1º consulta: ___-___-___, Establecimiento: _____

Fecha de hospitalización: ___-___-___, Establecimiento: _____

Fecha de inicio de síntomas: ___-___-___,

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fiebre T°C: ___-___ | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Compromiso del estado general | <input type="checkbox"/> Disnea |
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Mialgia | <input type="checkbox"/> Hemorragia |
| <input type="checkbox"/> Odinofagia | <input type="checkbox"/> Artralgia |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Exantema |
| <input type="checkbox"/> otros Cuales: _____ | |

c) Clasificación de caso bajo investigación.

- Sospechoso
- Descartado Diagnóstico inicial: _____

4. INVESTIGACIÓN DE CASO SOSPECHOSO

Hospital de Referencia: _____ Fecha de ingreso: ___-___-___ Fecha de egreso: ___-___-___

a) Exámenes de confirmación

Fecha de toma de muestra: ___-___-___ Fecha de envió al ISP: ___-___-___

Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado ISP: ___-___-___

Resultado ISP: _____

b) Clasificación final

- Confirmado
- Descartado Diagnóstico: _____

c) Estudio de contactos.

Número de contactos investigados: _____ P. de Salud: _____ Familiares: _____ Otros: _____

Número de casos secundarios: _____ Fecha Cierre Investigación: ___-___-___